HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	4/02/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	x	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**ENERO**
No. de Contrato:	344-2025			**VALOR**	$ 1.361.833.500,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	ASS-049-2025-HOMIL						
Objeto	HOSPITALARIOS DE BIOLOGÍA MOLECULAR Y CITOGENÉTICA, PARA LA ATENCION DE USUARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	GENCELL PHARMA SAS A HOMIL			**NIT/ CC**	830071701		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			**Modalidad de Contratación**	Contratación directa.		

Cuenta Bancaria No.	237-465075-66	**Banco:**	**Bancolombia**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**x**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**Aseguradora (Si aplica):**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
VIGENCIA 2025	**142525**	**31/12/2025**			**517925**	**31/12/2025**					**$ 0**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**-**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (0 pesos mcte)

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA 2025	$ 1.361.833.500,00			**$ -**	1.361.833.500
					0
					0
					0
					0
					0
TOTAL CONTRATO	**$ 1.361.833.500,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	1.361.833.500

Nombre del Supervisor Diana Carolina Moreno Reyes	**Fecha de notificación: 25-09-2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	30/12/2025	**31/07/2025**
Vigencia del Contrato: 2025	31/12/2025	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1:

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	**EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO**	**MARCA**	**NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO**	**PLACA DEL EQUIPO**	**NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN**	**FECHA DE INGRESO**	**NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)**	**ESTADO (Instalado / existencias almacén)**	**CANTIDAD**	**NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN**	**FECHA DE INSTALACIÓN**	**VALOR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**	**OBSERVACIONES**

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	**SERIE**	**PLACA**	**AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO**		**No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO**		**FECHA DE MANTENIMIENTO**		**FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO**	**FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO**	**OBSERVACIONES**

OBSERVACIONES (para el mes de enero no se presentaron movimientos)

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**		**PENSIÓN**		**RIESGOS PROFESIONALES**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**	**Entidad**	**Valor**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Diana Carolina Moreno Reyes**
NÚMERO DE CEDULA:	**1014219304**
CELULAR :	**CORREO:**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	